DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

XXV. Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.
Lichtensteinallee 3. Am Karlsbad 5. Seeburgstr. 53.

INHALT.

I. Ueber Dyspepsie bei motorischer Insufficienz des Harnapparates (urokinetische Dyspepsie). Von Prof. Dr. O. Rosenbach in Berlin.

II. Acute rheumatische Geistesstörung mit acuter rheumatischer Chorea. Von San.-Rath Dr. M. Jastrowitz in Berlin.

III. Aus der chirurgischen Abtheilung des städtischen allgemeinen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin: Ueber die im Krankenhaus im Friedrichshain von 1880 bis 1898 beobachteten Pfählungen. Von Oberarzt Dr. A. Neumann.

IV. Ein Fall von acuter Magendilatation mit tödtlichem Ausgang. Von Dr. R. Kirch in Crefeld.

V. Zur Mechanik und Physiologie der Cyklistik. Von Dr. M. Siegfried in Nauheim.

Auswärtige Correspondenzen: New-Yorker Brief. Von Dr. P. Seibert in New-York.

Öffentliches Sanitätswesen: Jehle, Die Gesundheitsverhältnisse im Buchdruckereigewerbe; Ritter, Zur Hygiene der Linoleumfabrikation. Ref. Dr. Lennhoff (Berlin). — Stern, Zum Capitel „Gewerbekrankheiten“; Herxheimer, Ueber Chloracne. Ref. Priv.-Doc. Dr. v. Notthafft (München).

Zur Curpfuscherei: Verfügung des Württembergischen Ministeriums des Innern, betreffend das Verbot der öffentlichen Ankündigung von Geheimmitteln. — Ankündigung von Geheimmitteln (Entscheidung des Kammergerichts). — Ankündigungen von Heilmagnetisuren. — Verbot des Vertriebes der König'schen Arzneipräparate in Oesterreich.

Anforderung zur Betheiligung an der Einführung einer rationellen Schulreform und Unterrichtshygiene.

Congresspreis für die beste populäre Arbeit über die Tuberkulose als Volkskrankheit.

Kleine Mittheilungen.

I. Ueber Dyspepsie bei motorischer Insufficienz des Harnapparates (urokinetische Dyspepsie).

Von O. Rosenbach in Berlin.

Es scheint nicht unlohnend, den schweren Verdauungsstörungen, die nicht von Erkrankungen des Magens, sondern von solchen des Harnapparates abhängen, eine kurze Besprechung zu widmen, nicht um etwas durchaus Neues beizubringen oder gar einen neuen Symptomencomplex zu schaffen, sondern um die Aufmerksamkeit wieder einmal auf einige, allerdings nicht ganz unbekannte, aber heute im Zeitalter des Spezialistenthums wieder nicht genug beachtete Thatsachen zu lenken: Erstens die, dass der Verdauungsapparat bei typischer, d. h. durch Anomalieen der Secretions- und Resorptionsthätigkeit manifestirter Dyspepsie dem Wesen nach völlig gesund sein, d. h. nicht wegen einer primären Insufficienz der eigenen Arbeitsleistung, sondern nur wegen abnormer Verhältnisse an anderen Stellen des Organismus, z. B. im Harnapparate, abnorm fungiren kann, dass zweitens auch bei anscheinend normalem chemischem Befunde des Urins und bei angeblicher Abwesenheit von Beschwerden bei der Harnausscheidung doch der Harnapparat — dieses Wort im weitesten Sinne genommen — erkrankt ist, resp. mangelhaft functionirt, und dass drittens diese scheinbar latente Erkrankung die einzige Ursache von Verdauungsstörungen sein kann.

Die Beobachtung einschlägiger Fälle lehrt, dass nicht die Art der Dyspepsie charakteristisch¹⁾ und für die Behandlung (des Magens) ausschlaggebend ist, oder mit anderen Worten: Nicht immer darf die Dyspepsie das alleinige Object der Behandlung sein, sondern auch wenn die subjectiven und objectiven Zeichen eine typische Verdauungsanomalie oder -Schwäche zu repräsentiren scheinen, muss erst jede andere, weiter entlegene, primäre Störung, die das eigentliche Object der Behandlung bilden könnte, ausgeschlossen werden.²⁾ So trivial und selbstverständlich dieser Satz erscheint, so wenig wird er gerade heute, wo die „Organdiagnose“ und „Organbehandlung“ in voller Blüthe steht,

¹⁾ O. Rosenbach, Ueber Emotionsdyspepsie. Berliner klinische Wochenschrift 1897, No. 4.

²⁾ Wie mannigfaltig verschlungen die Fäden sind, durch die die verschiedenen Organe des Körpers mit dem Verdauungsapparate verbunden werden, und welches Interesse die Feststellung eines solchen Zusammenhanges für den Arzt hat, erörtert in sehr lehrreicher Weise die Monographie von H. Herz, Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen, Berlin 1898.

beherzigt, und deshalb ist es nicht unwichtig, immer wieder darauf hinzuweisen, dass nur in einer sehr beschränkten Anzahl von Fällen gerade die am besten markirten lokalen Erscheinungen, d. h. selbst solche, auf die der Patient Klagen und die exacte Untersuchung gleichmässig hinweisen, auch wirklich das einzige und wesentliche Object unserer Therapie bilden müssen. Natürlich vorausgesetzt, dass das diagnostische Erkennen auch das Heilen und nicht bloss das symptomatische Curiren bezweckt.¹⁾

1. Bemerkungen zur Symptomatologie und Pathogenese der verschiedenen Formen urogenetischer Störungen mit Rücksicht auf die sogenannte Autointoxikation und die schleimbildende (myxopoëtische), resp. harnbindende (urodesmische) Function.

Dass tiefere Erkrankungen des harnbildenden und harnführenden Apparates frühzeitig in Verdauungsstörungen verschiedenster Art ihren Ausdruck finden, ist so genügend bekannt, dass bei einigermaassen beträchtlichen oder constanten Erscheinungen von Dyspepsie stets eine genaue Urinuntersuchung unerlässlich erscheint. Es zweifelt wohl niemand daran, dass Störungen der Verdauung (Appetitlosigkeit, Aufstossen, Uebelkeit, Brechneigung, Völle im Epigastrium, Anomalieen der Magensaftsecretion, abnorme Säurebildung etc.), die mit Symptomen veränderter Nierenthätigkeit, constanter oder periodischer Albuminurie und Ausscheidung morphotischer Elemente im Urin, oder schon mit Symptomen der typischen Nierenschrumpfung (Polyurie, Herzhypertrophie, Kopfschmerzen etc.) oder nur mit besonders starker Abscheidung von Harnsäure oder harnsauren Salzen verbunden sind, als direkte Folgen gestörter Nierenthätigkeit, resp. der Stoffwechsel- oder Organanomalieen betrachtet werden müssen, die frühzeitig die Nierenthätigkeit und damit den wesentlichsten Indicator der Stoffwechselvorgänge, das Nierensecret, verändern.

Schon schwieriger wird die Diagnose, wenn — unter Umständen, die die Abhängigkeit eines dyspeptischen Symptomencomplexes von Anomalieen des Stoffwechsels oder der Niere nahelegen — der

¹⁾ Vgl. unsere Ausführungen in folgenden Abhandlungen: Grundlagen, Aufgaben und Grenzen der Therapie, Wien 1891; Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung, Wien 1897; Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten, Wien 1899; Nervöse Zustände und ihre psychische Behandlung, Berlin 1897; Zur Lehre von der spinalen musculotonischen Insufficienz (Tabes dorsalis), Deutsche medicinische Wochenschrift 1899, No. 10—12.

Urin bei der gewöhnlichen Methode der Prüfung nur undeutliche oder gar keine Hinweise auf eine direkte Nierenerkrankung liefert, d. h. wenn allenfalls mit den feinsten Methoden neben spärlichen Epithelien oder Eiterkörperchen minimale Spuren von Albumen gefunden werden, also Symptome, die etwa einer leichten chronischen Reizung der Harnwege entsprechen. Ebenso schwierig ist die Entscheidung, wenn überhaupt bei normaler Urinmenge nur eine geringe Veränderung der Farbe, eine Vermehrung der Harnsäureexcretion, ein abnorm hoher oder geringer Säureindex oder eine starke Neigung zur Bildung ungeformter Sedimente auf Anomalieen in der Sphäre des Stoffwechsels der Eiweisskörper hindeuten.

Nach unseren Ausführungen über die Bedeutung gewisser Harnfarbstoffe ist eine constante Vermehrung des Farbstoffs immer identisch mit einer abnormen Form des Eiweissumsatzes — wie Auscheidung von Aceton, resp. Acetessigsäure mit einer Anomalie im Haushalte der Kohlehydrate —, dessen Ursache in allgemeinen Störungen des Stoffwechsels (Fieber) oder in lokalen Erkrankungen des Darms zu suchen ist.¹⁾ Es werden, namentlich in Folge des totalen oder partiellen Ausfalles der Thätigkeit des wichtigsten an der Aufnahme und ersten Verarbeitung von Eiweiss beteiligten Factors, des Darms, die fester gebundenen Vorräthe von Eiweiss (Organ-, resp. Reserveeiweiss) angegriffen und wegen der nun grösseren Schwierigkeit der Verarbeitung, zunal durch geschwächte, resp. insufficiante Organe und Gewebe, nur bis zu einer intermediären Stufe (also z. B. der Stufe des Indols, resp. Indoxyls, statt zu Harnstoff) zersetzt. Der damit natürlich verbundene Ausfall an Betriebsenergie bewirkt ebenso eine Minderleistung des Organismus, wie die Leistung einer Dampfmaschine oder eines Ofens durch ungenügende Verbrennung (bei der relativ kohlenstoffreiche, resp. sauerstoffarme Verbindungen schon das Endresultat des Oxydationsprozesses darstellen) herabgesetzt wird.

Diese Minderleistung des Organismus, die in dem Sistiren eines Theils der ausserwesentlichen Arbeit (der sichtbaren Thätigkeit) zum Ausdruck kommt, liefert den Symptomencomplex der Auto-intoxication, wie man im Zeitalter der modernen Chmiatrie die angebliche Vergiftung mit Stoffwechselproducten zu bezeichnen pflegt. Der Organismus vergiftet sich aber nicht — das verhindert die Selbstregulation —, sondern er leistet weniger oder geht zu Grunde, sobald der Betrieb irgendwo nur intermediäre Producte zu Tage fördert, also nicht das richtige Material, resp. die entsprechenden Energieformen an die Stelle der Arbeitsleistung gelangen lässt. Solches unbrauchbare Material ist dann allerdings für die bisher gesunden Organe, zu denen es im Kreislauf gelangt, und sogar für andere Organismen eine Art von Gift, aber nur, weil daraus keine oder nicht die richtige Form der Betriebsenergie entwickelt werden kann.

Wasser ist gewiss kein Gift, sondern ein nothwendiges Substrat des Stoffwechsels, resp. der Energetik; aber wenn es in die Lunge oder in grösseren Mengen ins Blut gelangt, so geht der Organismus zu Grunde. Der normale Betrieb, der — in allen seinen Stadien und Gebieten — an eine ganz bestimmte Constitution des Betriebsmaterials geknüpft ist, die den Energiewerth oder die kinetische Valenz repräsentirt, kann, wenn ihm nur intermediäre Producte zu Gebote stehen, ebenso wenig erhalten werden, wie wenn man die Ernährung mit erbrochenem (aus dem Magen stammendem, also bereits theilweise verarbeitetem) Material oder etwa mit Pepton, Indol oder Alkohol, statt mit Fleisch und Amylaceen bewerkstelligen wollte.²⁾

Die Zurückführung von Verdauungs- oder anderen Störungen auf Fehler in der Harnbildung und -Auscheidung im weitesten Sinne, d. h. auf Erkrankungen des Harnapparates, wird besonders erschwert, ja der Gedanke an einen solchen Zusammenhang wird fürs erste überhaupt zurückgewiesen werden, wenn es sich um periodische Nieren-, resp. Harnsymptome handelt, d. h. wenn temporär die Untersuchung völlig negativ ausfällt, weil auch die indirekten Symptome gestörter Nierenthätigkeit, wie verstärkter Druck im Aortensystem,³⁾ Pulsanomalieen, einseitige Kopfschmerzen, Koliken, Brechneigung gerade zur Zeit der Untersuchung fehlen. Und doch beobachtet man nicht gerade selten, dass mässige Albuminurie oder abnorme Säure- und Sedimentbildung und dyspeptische Erscheinungen nur periodisch und interferirend,

¹⁾ Vgl. unsere verschiedenen Arbeiten über die pathogenetische Bedeutung der burgunderrothen Urinfärbung. Berliner klinische Wochenschrift 1889 und a. a. O.

²⁾ Vgl.: Die Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung, Wien 1897, S. 364, besonders das Kapitel über die Bedeutung der Reize und des Ernährungsmaterials für die Energetik (S. 880 ff.). Ferner: Die diagnostische Bedeutung der Indigurie, Wiener medicinische Presse 1893, No. 21, 22 und 23 und: Diagnostisches Lexikon von Bum und Schnirer, Artikel: Coma diabeticum und harnsaure Diathese.

³⁾ O. Rosenbach, Zur Lehre von der Albuminurie. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. VI, S. 242 ff.

gleichsam vicariirend, auftreten, so dass die Störungen im Harnapparate eigentlich Prodrome oder Folgen der Dyspepsie oder einer anderen, dyspeptische Erscheinungen bedingenden Störung zu bilden scheinen, weil sie sich eben nicht synchron mit der Periode der Dyspepsie, in der die Hilfe des Arztes gewöhnlich in Anspruch genommen wird, einstellen.

Aus der Berücksichtigung dieser Verhältnisse ergibt sich die bekannte, wenn auch nicht immer befolgte Regel, in allen Fällen schwerer Verdauungsstörung, wo die Fernwirkung, d. h. eine auf den Magen reflectirte oder, richtiger, die Arbeitsbedingungen für den Magen modificirende Störung anderer Organe nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, zuerst die Nierenthätigkeit einer genauen functionellen Prüfung zu unterwerfen. Dazu gehört, dass nicht blos der Harn in der gewöhnlichen Weise untersucht, sondern vor allem der Einfluss studirt wird, den eine veränderte Lebensweise, z. B. besonders reichliche Zufuhr von Kohlehydraten oder Eiweiss, starke Muskelthätigkeit, diaphoretische Maassnahmen und beschränkte oder vermehrte Flüssigkeitszufuhr auf die Nierenfunction, resp. die Beschaffenheit des Nierensecretes, die Zahl der Entleerungen und die Ausdehnung der Blase haben. Zu diesem Zweck ist natürlich die den verschiedenen Tageszeiten entsprechende Harnmenge gesondert zu untersuchen, um einen Anhaltspunkt für die Beurtheilung der Art und Form und Schnelligkeit der Function der verschiedenen Theile des Harnapparates, namentlich aber Aufschluss über das Verhalten des Säureindex, über die Fortbewegung der Harnmenge, den Schleim- und Eiweissgehalt, die Sedimentbildung und Zersetzlichkeit zu gewinnen. Nur durch eingehende Analyse kann es gelingen, das Bild der mannigfaltigen Formen urogenen Störungen zu erhalten.¹⁾

Bevor wir die typischen Formen der Störung, die uns Anlass zu diesen Ausführungen giebt, schildern, möchten wir noch einige systematische Bemerkungen über urogenen Störungen vorausschicken.

Urogene Störungen sind solche, die mit Anomalieen des Nierensecretes im weitesten Sinne vergesellschaftet sind. Es giebt drei Formen dieser Störung, nämlich: 1. die von Anomalieen der specifischen Nierenthätigkeit, der eigentlichen uropoëtischen (synthetischen) Thätigkeit abhängige; 2. die auf Anomalieen der anderen Theile des Harnapparates beruhende, die unserer Ansicht nach nicht blos eine motorische, sondern ebenfalls eine secretorische Function haben, die man allenfalls insoweit als schleimbildende (myxopoëtische, resp. muciformirende) bezeichnen könnte, als man sich bewusst bleibt, dass die Schleimbildung nur einen Theil der (ausserwesentlichen) Arbeit der Schleimhaut darstellt, oder mit anderen Worten, dass der Schleim nur ein Nebenproduct²⁾ der Arbeit der mucösen Membranen bildet. Die Schleimhaut des Nierenbeckens, der Ureteren, der Blase, hat eine wichtige, noch wenig berücksichtigte Function, die zur Erhaltung eines normalen Stoffwechsels, zur Mischung und Bindung eines richtigen Urinsecretes nothwendig ist (urodesmische³⁾ Function).

¹⁾ Ob man allerdings aus der Menge des ausgeschiedenen Stickstoffs, resp. aus dem Verhältniss der Stickstoffausscheidung zum Stickstoff der Nahrung oder gar des Blutes einen Schluss auf die Leistung der Niere ziehen kann, wie es die moderne Theorie möglich erscheinen lässt, scheint mir sehr fraglich, da hier auch beim Gesunden in kleinen Zeitperioden die grössten Schwankungen vorkommen und es unseres Erachtens kaum möglich ist, die Stickstoffmenge der Nahrung so genau zu bestimmen, wie es diese subtilste diagnostische Untersuchung erfordert. Aus einer untersuchten Probe von Fleisch oder von Brot den wirklichen Gehalt des gesammten Ernährungsmaterials — und noch dazu zu verschiedenen Zeiten — durch einfache Multiplication zu erschliessen, scheint mir sehr gewagt. Wir kommen auf diese Ansicht, die ja mit der heute herrschenden Anschauung über exacte Untersuchung sehr wenig harmonirt, an anderem Orte zurück und möchten hier nur betonen, dass Stickstoff auch temporär auf andere Weise gebunden, resp. länger im Organismus zurückgehalten werden kann als nur durch Insufficienz der secretorischen Function der Niere. (Vgl. die Ausführungen über nitrogene Energie in: Krankheiten des Herzens, S. 706 und 847 und: Grundriss der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten, S. 306.)

²⁾ Vgl. unsere Ausführungen über die zwei getrennten Functionen der Drüsen in: Grundlagen und Aufgaben und Grenzen der Therapie, S. 85 ff.

³⁾ $\delta\epsilon\omega$ = ich binde. Vgl. unsere Ausführungen über das Excretionsäquivalent und die bindende Function des Blutes. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. VIII, S. 94 ff.

Das Product dieser wesentlichen (inneren) Arbeit (resp. der inneren Secretion) ist uns noch unbekannt, das der ausserwesentlichen Leistung erkennen wir am deutlichsten in pathologischen Fällen, wo grosse Mengen Schleim als Ausdrück abnormer Thätigkeit abgesondert werden. Bei den höchsten Graden der Insufficienz der (mycopathischen, resp. urodesmischen) Leistung wird der Urin übelriechend und zersetzt sich leicht; wie wir glauben, nur, weil ein wichtiger Bestandtheil des Urins fehlt oder ein wichtiger Factor der Secretion ausfällt. Allerdings ist man heute besonders geneigt, diesen Vorgang allein der Wirkung von Bakterien, auf die bekanntlich Traube zuerst hinwies, zuzuschreiben; aber es lehren doch Fälle genug, dass z. B. bei acuter Myelitis, die zur Blasenparalyse führt, der Urin alkalisch oder ammoniakalisch wird, ohne dass ein Katheter eingeführt worden ist. Auch haben wir Fälle genug gesehen, wo trotz sorgfältigster Desinfection und vorsichtigsten Katheterismus doch die Zersetzung auffallend schnell und intensiv (als trophische Störung) eintrat.

Eine ähnliche, noch nicht genügend studirte Function wie die Schleimhaut der Harnwege, hat die Mund-, Rachen-, Nasen- und Bronchialschleimhaut, die ja ausserdem auch Wasserdampf exhalirt. Wir erkennen gewöhnlich den Ausfall dieser conservirenden Function erst daran, dass nach einer langen Periode abnormer Thätigkeit, z. B. nach besonders reichlicher Wasser- oder Schleimabsonderung plötzlich eine Zersetzung der Secrete der genannten Höhlen eintritt. Mit anderen Worten: Die relative oder absolute Insufficienz der Schleimhaut, die sich häufig durch grosse Trockenheit der Membran oder spärliches wässriges Secret kundgibt, ist oft mit widerlichem Geruch der Exhalationen verbunden. (Foetor ex ore bei Nasen-, Mund- oder Rachenkrankungen¹⁾, der im letzten Falle oft fälschlich auf Magenleiden bezogen wird.) Wir werden in einer weiteren Arbeit auf diesen wichtigen Punkt zurückkommen.

Von diesen Störungen der Uropoëse sind zu trennen: 3. die dysurischen, die hauptsächlich von Anomalieen des motorischen Theiles des Harnapparates (von der Niere incl., d. h. den ausführenden Harnkanälchen bis zur Harnröhre) abhängen. Endlich haben wir 4. die secundären lokalen Störungen, die nur die Folge abnormer Harnbeschaffenheit (bei Anomalieen des Stoffwechsels oder der Niere) selbst sind, also als Ausdruck der Reizung der Harnwege bei abnormem Säuregehalt oder dauernder Alkalescenz des Urins, bei zu reichem Gehalt an Harnsäure, Kalk, Oxalsäure, auftreten (Dysuria ex irritatione).

Nephrogen sind die auf Anomalieen der Nierenthätigkeit selbst (der Uropoëse) zurückzuführenden Erscheinungen, d. h. nur die durch lokale Vorgänge in den Nieren selbst bedingten. Sie können bekanntlich functionell oder organisch, primär oder secundär sein. Primär ist die Erscheinung bei lokalen Störungen der specifischen (synthetischen oder secretorischen) Function der Niere — ihre Typen sind unserer Ansicht nach gewisse Formen abnormer Harnsäureexcretion, die acute Nephritis und gewisse chronische degenerative Prozesse —, secundär sind die durch Veränderungen der Blutbeschaffenheit, Intoxication etc. bedingten Anomalieen und die bei Einklemmung eines Steins im Becken eintretende (reflectorische) Störung der Uropoëse.

Als eine blosse functionelle Abnormität ist, trotz grossen Eiweissgehaltes des Urins, die regulatorische Albuminurie zu betrachten²⁾, sowie die Hämoglobinurie, die Albuminurie bei leichten Formen des Icterus etc.; organisch ist natürlich die Albuminurie bei Nephritis, bei amyloider Degeneration etc. Hämatogen (resp. interorganisch oder constitutionell) sind die Abnormitäten, wenn der abnorme Reiz oder das abnorme Arbeitsproduct des Harnapparates nicht direkt von krankhaften Zuständen der Niere (von Anomalieen ihrer wesentlichen oder ausserwesentlichen Arbeit) her stammt, sondern von Veränderung der von aussen stammenden Factoren, der Arbeitsanforderungen (Reize), resp. des Arbeitsmaterials, also etwa von abnormer Concentration des zufließenden Blutes³⁾, abhängt.

Es ist scharf zu scheiden zwischen den Fällen, wo das Blut — als Träger der Stoffwechselproducte — nur abnorm starke Anforderungen an bestimmte Seiten der Nierenthätigkeit stellt, weil maximale Reize und grosse Quantitäten Arbeitsmaterial zugeführt werden, und denen, wo es seine Fähigkeit eingebüsst hat, die Niere normal zu ernähren, z. B. bei Sauerstoffmangel, Ver-

änderung des Plasmas, abnormem Gehalt an weissen Blutkörperchen. Das im Blute zugeführte Material für die Erhaltung des Gewebes, resp. für die wesentliche Arbeit (innere Secretion) ist nicht identisch mit dem Material (resp. den Reizen) für die ausserwesentliche, d. h. eigentlich für die Bildung der zur Excretion bestimmten Bestandtheile einer complizirten Mischung, des Urins, obwohl beide Vorgänge gewöhnlich parallel gehen. Im ersten Falle (der übergrossen Anforderung bei genügender Ernährungsfähigkeit des Blutes) wird das Ergebniss der ausserwesentlichen Arbeit auch bei gesunden Nieren quantitativ und qualitativ abnorm, aber es repräsentirt eben, weil und solange das Organ gesund bleibt, eine Mehrleistung des Organs, nicht eine Betriebsstörung. Mit anderen Worten: Obwohl sogar Albuminurie besteht, ist doch die Niere gesund, und das Allgemeinbefinden und die Durchschnittsleistung des Körpers wird nicht wesentlich alterirt, solange die Eiweissausscheidung nur ein Act der Regulation ist, ebenso wie die Zuckerausscheidung bei gutartigen Formen des Diabetes (bei alimentärer Glykosurie).

Ist ja doch auch der Zustand in vielen Fällen von Melliturie befriedigend, solange aller überschüssige Zucker entfernt wird, vorausgesetzt, dass die primären Anomalieen (die zu Insufficienz für Verarbeitung der Kohlehydrate im Gewebe führen) nicht übermässig werden. Erst wenn die Nieren durch die erhöhte Arbeitsleistung wirklich geschädigt sind, wenn eine Veränderung der wesentlichen Arbeit des Gewebes eintritt, als deren Ausdruck sich degenerative oder Entzündungsprozesse (diabetische Nephritis oder Nierendegeneration) einstellen, dann treten auch wesentliche Störungen in der Kraftleistung des Körpers ein, weil nun die Bilanz des Stoffwechsels, periodisch oder dauernd, ein beträchtliches Deficit aufweist und die Erhaltung der geschädigten Organe unmöglich ist.

Um es noch einmal zu resumiren: Die Albuminurie bei Nephritis oder Degeneration der Nieren ist das Zeichen einer tiefen Ernährungsstörung des Gewebes, resp. einer wirklichen Erkrankung, d. h. der Beeinträchtigung der wesentlichen Arbeit, die nur durch langdauernde abnorme Thätigkeit oder maximale Reizung zu Stande kommt. Die Albuminurie dagegen, die wir als regulatorische auffassen, ist, trotz durchaus ähnlicher Erscheinungen veränderter Nierenthätigkeit, nur das Zeichen der erhöhten (ausserwesentlichen) Leistung des allerdings abnorm beanspruchten, aber doch genügend ernährten und darum besonders leistungsfähigen Organs.

Nephrogen und nephritisch sind darum zwei Bezeichnungen, die an sich nichts mit einander gemein haben als den Ort des Geschehens. Eine nephrogene Anomalie, z. B. Albuminurie, braucht nicht mit Entzündung in der Niere identisch zu sein; aber sie kann schliesslich zur Nephritis oder Degeneration führen. Entzündungsproducte im Urin zeigen ebenso wie reichliche veränderte (degenerirte) Epithelien immer an, dass bereits wesentliche lokale (acute oder chronische) Veränderungen im Gewebe vorhanden sind. Sie beweisen, dass nicht bloss das Resultat der ausserwesentlichen Function (die ausserwesentliche Arbeit, deren Ergebniss die Bildung der Urinbestandtheile und die Mischung zum normalen Excrete ist) quantitativ oder qualitativ verändert ist, sondern dass vor allem schon die wesentliche (innere) Arbeit, die den normalen Zusammenhang, resp. die normale Beschaffenheit des Gewebes garantirt, gestört ist. Nur dann liegt ein krankhafter Zustand, nicht bloss eine vorübergehende Functionsanomalie vor.

Ich zweifle nicht, dass manchem Leser diese Ausführungen theoretisch erscheinen werden, aber ich muss betonen, dass eine langjährige Beschäftigung mit diesen Fragen und gerade die Erfahrungen der Praxis mich gezwungen haben, solchen Erwägungen Raum zu geben. Mag man also diese Analyse der Function immerhin für rein theoretisch halten und ihr praktische Bedeutung absprechen, so wird man doch nicht leugnen können, dass sie zeigt, wieviele Möglichkeiten und Formen der Betriebsstörung bei scheinbar denselben Symptomen (derselben Veränderung der ausserwesentlichen Arbeit) vorhanden sein können und also eigentlich vom Arzte berücksichtigt werden sollten. Natürlich soll am Lebenden die Function eines Organs als ein untrennbares Ganzes betrachtet werden, weil Störungen der einen Seite der Function sich sehr schnell mit compensatorischen Bestrebungen auf der anderen verbinden; aber es gilt hier eben, den richtigen Einblick zu gewinnen, d. h. die spezielle Erscheinung als blosse Reaction, Regulation, Compensation zu erkennen und auch lokal zu behandeln, ohne das Ganze ausser Acht zu lassen. Dieser Forderung Rechnung zu tragen, muss das Bestreben der Zukunft sein; nur so kann man die Fortschritte der analysirenden Wissenschaft mit den Bedürfnissen der Praxis vereinigen.

(Fortsetzung folgt.)

¹⁾ O. Rosenbach, Ueber innige Reactionen des Mundspeichels, Centralblatt für klinische Medicin 1891, No. 8 und: Ueber einen eigenthümlichen Geruch der Expirationsluft von Phthisikern. Aertzlicher Praktiker 1893, No. 22.

²⁾ O. Rosenbach, Ueber regulatorische Albuminurie. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. VIII, 1884.

³⁾ l. c. Es handelt sich hier nicht um humoral-pathologische Anschauungen, sondern wir brauchen das Wort „hämatogen“ und „Veränderung der Blutconcentration“ nur der Kürze wegen, um auszudrücken, dass das Blut gleichsam der Index der gesamten Stoffwechselvorgänge ist.)